

尿路感染を契機に見つかった小児巨大膀胱憩室の一例

秋田赤十字病院 泌尿器科¹⁾、同 小児科²⁾○関根 悠哉¹⁾、小原 崇¹⁾、武藤 弓奈¹⁾、堀川 洋平¹⁾、土田 聡子²⁾、田村 真通²⁾、下田 直威¹⁾

【症例】11歳男児。7歳で両側急性巣状細菌性腎炎を発症し当院小児科に入院した。CT で左尿管口近傍に Hutch 憩室を疑う嚢状構造物があり、当科紹介受診した。抗菌薬治療により尿路感染症は軽快が得られたが、8歳、9歳でそれぞれ急性腎盂腎炎を発症し、予防的抗菌薬投与を開始し、当院小児科でフォローされていた。10歳の当科定期受診の際に、尿勢低下、排尿時間の延長の訴えがあった。排尿後30分の超音波検査で残尿を100ml 以上認めたが、排尿を促すことで残尿の消失を認めた。膀胱壁の軽度肥厚を認め、排尿障害の有無を確認するため、後日排尿時膀胱尿道造影を実施したところ、Grade 3の膀胱尿管逆流を伴う巨大な膀胱憩室を認めた。DSMA シンチグラムでは明らかな腎臓痕は認めなかった。MRI、MRU で異所性尿管は否定的であったが、尿管口と膀胱憩室の位置関係の把握のために全身麻酔下で膀胱鏡検査を施行した。右尿管口に異常所見はなかった。本来左尿管口が開く部位に大きな縦長の憩室口を認めた。憩室内に尿管口はなく、尿管と思われる ridge があり、検索すると憩室口の6時方向に尿管口を認めた。膀胱粘膜は正常であった。他に理学的異常所見や合併症を認めず、巨大な Hutch 憩室であると判断した。二段排尿や尿勢低下があり、breakthrough UTI を発症しており、年齢も考慮し手術適応と考え、膀胱内アプローチで尿管膀胱新吻合術を施行した。【考察】小児における巨大膀胱憩室は稀である。巨大な先天性膀胱憩室は、尿路感染症で発症することが最も多く、排尿困難や尿閉をきたすこともある。膀胱憩室の手術適応は尿路感染症、結石の合併、経室内の悪性腫瘍、尿路狭窄や通過障害、膀胱尿管逆流の合併、腸管の圧迫などであり、本症例も手術適応があると考えた。

腎機能正常患者に発症したアシクロビルによる急性腎不全と脳症の一例

長岡赤十字病院

○齋藤 強太¹⁾、蒲澤 秀門¹⁾、伊藤 朋之¹⁾、佐伯 敬子¹⁾、山崎 肇¹⁾

【症例】72歳、女性
【主訴】意識障害
【現病歴】高血圧で×-2年から内服加療されていた。×-5か月の血清 Cre 値は0.58mg/dl であった。×-8日に近医で带状疱疹と診断され、バラシクロビル (3000mg/ 日) の常用量で内服治療が開始された。×-2日からうわごと、幻視、歩行障害が出現し、×日に当院を受診した。JCS1-3の意識障害、血清 Cre 値6.7mg/dl と腎機能障害を認め、バラシクロビルによる急性腎不全と脳症が疑われた。尿量は保たれていたが、第1、2病日に血液透析が施行され、血中アシクロビル濃度は47.4 μ g/ml から5.3 μ g/ml に低下した。第4病日には意識清明となり、第25病日には血清 Cre 値0.77mg/dl まで低下した。【考察】腎機能障害患者へのバラシクロビル投与による脳症の発症は多数報告されているが、腎機能正常患者に発症した急性腎不全と脳症の報告例は稀である。バラシクロビルを処方する際は、投与量への十分な注意と投与期間中の脱水に注意するなど厳重な経過観察が重要と考える。

O-2-15

左腎損傷に対して2度の血管塞栓術が奏功した1例

石巻赤十字病院¹⁾、同 救命救急センター²⁾○城越 智彦¹⁾、小張 祐介²⁾、遠山 昌平²⁾、小林 正和²⁾、小林 道生²⁾、石橋 悟²⁾

【症例】63歳男性
【主訴】左側腹部痛
【経過】某日14:30ごろ、建築作業中に転倒し左側腹部を強打。その後経過を見ていたが痛みが続くため17時頃近医を受診。造影 CT にて左腎損傷を認め、当院へ転院搬送となる。18:33来院。JCS3 GCS E4V4M6 血圧56/27mmHg 脈拍83回 / 分 体温36.1℃ 呼吸数20回 / 分。体幹部造影 CT にてⅢb型腎損傷と、後腹膜への extravasation を認めた。腎盂尿管損傷および、そのほかの臓器損傷は明らかではなかった。初期輸液・輸血に反応なくショックが持続。20:10血管撮影施行し、左腎動脈背側枝より明瞭な活動性出血を認めコイルにて塞栓した。入院後、再度の貧血の進行、血圧低下を認めたため、4:13造影 CT を施行。塞栓部位からの再出血を認めたため、5:35血管撮影施行し、ヒストアクリルにて追加で塞栓を行った。帰室後バイタルサインは安定したが、尿量が低下したため CHDF を開始。腹部の緊満を認め、膀胱内圧も36mmH₂O と上昇していたため腹部コンパートメント症候群 (ACS) と診断し、10:05後腹膜血腫除去術を施行。膀胱内圧は18mmH₂O と改善した。来院から24時間での輸血量はRBC40単位、FFP54単位、PC40単位であった。以降経過は良好で第4病日 CHDF を離脱。第15病日に一般病棟に転棟となる。【考察】腎損傷に対する治療は近年 non-operative management が主流となっており、本症例でも動脈塞栓術を選択し良好な転帰を得た。また、早期から積極的に新鮮凍結血漿や血小板濃厚液を輸血することで、凝固線溶系異常を回避することが可能であった。しかし本症例は、止血操作に難渋したため後腹膜血腫が拡大し ACS にいたった。早期の外科的止血術を選択することでそれらを回避できた可能性もあり、今後の検討課題と思われた。

O-2-17

明らかな免疫不全症を持たず肺炎球菌感染症を繰り返した1例

熊本赤十字病院 内科¹⁾、熊本大学医学部附属病院 臨床研修センター²⁾○近藤 匠^{1,2)}、中尾 仁彦¹⁾、早野 聡史¹⁾、濱ノ上 哲¹⁾、加島 雅之¹⁾、上木原 宗一¹⁾

【症例の特徴】過去6年間で6回に渡って肺炎球菌感染を繰り返した症例を経験した。【病歴】症例は64歳男性。X-8年から維持血液透析導入、X-6年から肺炎球菌性肺炎4回、肺炎球菌性髄膜炎1回発症していた。X-年3月から1ヶ月間鼻汁が持続し、X-年3月下旬夕方より軽度呼吸困難感・喀痰・悪寒戦慄を認めた。その後症状持続するため、4月当院へ救急搬送となった。【入院後の経過】来院時のバイタルサインは血圧99/50mmHg、心拍数139/分、体温39.1℃、呼吸数25/分、SpO₂ 97% (O₂ 3L)。臨床症状として呼吸困難、39℃台の発熱があり、右上肺の coarse crackle を聴取した。悪寒戦慄は認められなかった。胸部 X 線写真で右上肺野に浸潤影、CT で右上葉に air bronchogram を伴う浸潤影とスリガラス影を認めた。喀痰 Gram 染色で Geckler3、GPDC を認め、尿中肺炎球菌抗原陽性だったことから肺炎球菌性肺炎による敗血症性ショックと診断した。意識障害、頭痛は認められなかったが肺炎球菌性髄膜炎の既往があり、腰椎穿刺未施行であり中枢神経感染の可能性を否定できず、CTRX + VCM で治療開始した。BiPAP、CHDF などを含めた集中管理を行い、徐々に全身状態は改善した。血液培養で肺炎球菌が認められ ABPC に変更し計16日間投与した。【考察】今回の症例では家族歴、内服歴から血液透析以外に免疫不全を起こす要因は認められなかった。肺炎球菌ワクチンは X-8年に接種しており、脾摘した病歴は認められなかった。感染を繰り返す原因として原発性免疫不全、続発性免疫不全について考察を行い、血液検査、蛋白分画検査を行った。免疫不全症の所見は得られなかったが、予想される原因として肺炎球菌に特異的な抗体の欠損が考えられた。患者は退院後に感染対策として肺炎球菌13価、23価ワクチンを接種した。

O-2-16

多発性単神経炎で発症した悪性リンパ腫の1例

長岡赤十字病院 神経内科¹⁾、同 血液内科²⁾○橋本 亮子¹⁾、梅田 能生¹⁾、梅田 麻衣子¹⁾、小宅 睦郎¹⁾、黒羽 高志²⁾、古川 達雄²⁾、藤田 信也¹⁾

【症例】70歳、女性。
【主訴】手足のしびれ感、疼痛、筋力低下。
【経過】某年3月左手小指側のしびれが出現。A 病院で左肘部管症候群と診断され、手術を受けたがしびれ感は残存した。8月に四肢に痛みを伴うしびれ感が広がり、筋力低下も出現。近医神経内科を受診し、10月当科に紹介入院となった。神経学的には、四肢に左優位に遠位筋で2レベルの筋力低下があり、握力は、右6.2kg、左では計測不能だった。しびれ感と疼痛は右下肢遠位に優位で、失調は目立たないものの、歩行はすり足歩行で歩行器を使用していた。検査所見では、LDH281 IU/L、sIL-2R 2390 U/L と上昇しており、髄液の細胞増多はなく、蛋白が74mg/dl と上昇していた。頸部～骨盤部造影 CT では、左腋窩リンパ節や横隔膜脚下・傍大動脈～骨盤に多発するリンパ節腫大を認めた。腰椎 MRI では、椎体周囲に神経走行に沿うように腫大した、造影増強効果を示す病変を多数認めた。腋窩リンパ節生検を施行し、Malignant Lymphoma Diffuse large cell type, Burkitt like type の診断とされ、R-TCOP 療法を開始したところ、自覚症状と血液検査所見は改善し、MRI でも椎体周囲の神経に沿って腫大したリンパ節が著明に縮小した。【考察】本症例は、リンパ腫細胞の末梢神経浸潤 (neurolymphomatosis) による多発性単神経炎である。Neurolymphomatosis は、悪性リンパ腫の初期病型としては稀な病型であるが、本症例ではリンパ腫の末梢神経への浸潤が MRI で観察でき、経過を追うのにも有効であった。

O-2-18

高 TG 血症による急性肺炎を発症し糖尿病性ケトアシドーシスを呈した1例

熊本赤十字病院 診療部

○南 由美子¹⁾、鈴木 翔太郎¹⁾、前田 顕子¹⁾、帖佐 俊行¹⁾、加島 雅之¹⁾、上木原 宗一¹⁾

症例は29歳、男性。嘔気、嘔吐伴う心窩部痛のため当院救急外来を受診した。来院時、BP 158/105 mmHg、HR 135 /min 整、BT 36.4℃、血液検査にて TG 6920 mg/dl、血清 AMY 1250 U/L、腹部造影 CT 検査で CTgrade2の急性肺炎の所見を認め予後因子2点であり厚生労働省重症度診断基準では重症となる急性肺炎の診断に至った。血糖 458 mg/dl、AG 開大性の代謝性アシドーシス、尿ケトン陽性であり糖尿病性ケトアシドーシスを合併していた。同日当院緊急入院となり、重症急性肺炎と糖尿病性ケトアシドーシスに対して大量補液、絶食、インスリン持続投与、抗菌剤治療を行った。経過中、呼吸状態が悪化し一時的に非侵襲的陽圧換気を使用した状態は徐々に改善した。第6病日にはアシドーシスの改善がありインスリン持続投与から強化インスリン療法へ切り替えて血糖の管理を行った。入院時の HbA_{1c} は11.9% (NGSP) と高値、BMI38の肥満があり2型糖尿病を合併していた。高トリグリセリド血症により急性肺炎を発症し糖尿病性ケトアシドーシスに至ったと考えられた。今回、この貴重な一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。